

大牟田市

フリガナ		生年月日		明治 大正 昭和 平成		年		月		日 (歳)	
氏名											
住所		大牟田市									
一次検診結果											
一次検診実施年月日						一次検診実施医療機関名					
年 月 日						所在地					
						担当医名					
(1) B型肝炎ウイルス検査(HBs抗原) HBs抗原検査 1 陽 2 陰 〔判定結果の記入〕 1、2のどちらかに○をして下さい。 (2) C型肝炎ウイルス検査 〔判定結果の記入〕 ①～⑤のいずれかに○をして下さい。 HCV抗体の検出 (省略可能) 陽性 HCV抗体検査(法、測定値) 高力価 中力価 低力価 陰性 HCV核酸増幅 HCV核酸増幅検査 陽性 陰性 ① ② ③ ④ ⑤ 「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定。 「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定。											
精密検査結果											
精密検査内容		※実施した検査すべてに○をして下さい。 1. 腹部超音波検査 2. CT 3. MRI 4. 肝シンチグラム 5. 血管造影 6. 肝生検 7. 腫瘍マーカー 8. その他 ()									
診断結果		1. 異常認めず 2. 脂肪肝 3. アルコール性肝障害 4. 慢性肝炎 5. 肝硬変 6. 肝がん 7. 肝がんの疑い 8. その他の肝疾患 9. その他の腹腔内臓器疾患 10. その他 ()									
今後の治療方針等		1. 経過観察・治療不要 2. 経過観察のみ 3. インターフェロン(1剤・2剤・3剤・その他) 4. 核酸アナログ製剤 5. 内服薬治療 6. その他の注射薬治療 7. その他 ()									
精密検査実施年月日						精密検査実施医療機関名					
年 月 日						所在地					
						担当医名					